ご来院の皆さま

日本赤十字社医療センター
健康管理センター

この度は当センターをご利用いただきまして、ありがとうございます。
当健康管理センターでは新型コロナウイルス感染対策といたしまして、ご来院の皆さまに以下の確認を行っておりますのでご協力をお願いいたします。

1．検温　＿＿＿＿＿＿（お手数ですが検温後にご記入下さい）

2．受診日前２週間以内に発熱の有無（37.5℃以上が目安）　ない　・　ある

3．せき、息苦しさ、のどの痛み、嗅覚や味覚の異常

ない　・　ある　（症状　　）

4．発熱、せき、息苦しさがある場合１ケ月以上前と比べて悪化していますか？

はい　・　いいえ

5．曝露歴の確認

以下をご確認いただき、該当する方に〇をしてください。

（1）受診前２週間以内に新型コロナウイルス感染症の方又は疑いの方と以下のような接触がある

◎　同居、長時間閉鎖空間で同室

◎　２m以内でマスクを装着せず対面で会話、食事等を共にする

（2）受診前２週間以内に海外に渡航又は居住

（3）受診前２週間以内に海外に渡航又は居住していた方と以下のような接触がある

◎　同居、長時間閉鎖空間で同室

◎　２m以内でマスクを装着せず対面で会話、食事等を共にする

・上記（1）～（3）に該当しません

・上記（1）～（3）に該当します　　該当する項目　（　　）

該当する場合には受診いただけません。

お名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日　2020年　　月　　日

2020年５月作成